

MAMMA-HYPERTROPHIE IN DER SCHWANGERSCHAFT

von
Dr. med. Cyril Vogel

1912

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Universität Basel

Direktor: Prof. Dr. med. Th. Koller

Arbeit unter Leitung von P. D. Dr. med. R. Wenner

MAMMA-HYPERTROPHIE IN DER SCHWANGERSCHAFT

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

Cyrill Vogel

von Aesch

Kt. Baselland

1952

Buchdruckerei Th. Kunz, Aesch



Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt
auf Antrag von Prof. Dr. Th. Koller
Promotion 21. Dezember 1951



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548223_0048

Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft

Das Problem der Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft ist bisher aetiologisch wie auch therapeutisch nicht befriedigend gelöst. Die Literaturangaben sind nicht sehr zahlreich, und wir finden darin meist nur Hypothesen. Die experimentelle Forschung konnte das Problem bis heute nicht befriedigend lösen. Um einen besseren Überblick zu erhalten, haben wir in der Folge einen im Jahre 1943 im Basler Frauenspital behandelten Fall, sowie die in der Literatur beschriebenen Fälle zusammengestellt.

Ein Fall von Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft

Die 1943 ins Basler Frauenspital eingewiesene Patientin hat folgende Familienanamnese: Es sind keine besonderen Krankheiten bekannt. Insbesondere ist nichts über endokrine Störungen zu erfahren. Die Mutter hatte vier Kinder nach normaler Schwangerschaft. Sie hatte normale Brustform. Ob sie gestillt hat, ist nicht bekannt. Sie starb mit 50 Jahren an Apoplexie.

Persönliche Anamnese:

Patientin ist 26jährig. Im Alter von 10 Jahren Pertussis, sonst nie ernstlich krank. Menarche mit 14½ Jahren. Zyklus immer regelmäßig, 6—7 Tage, mittelstark, ohne Beschwerden. Die Mammae haben sich schon im Schulalter frühzeitig entwickelt, sie seien im Vergleich zu den Mammae der Schulkameradinnen mittelgroß gewesen. Aus den eingesehenen Photographien kann geschlossen werden, daß die Brustform auch später eine mittelgroße gewesen ist. 1940 Heirat. Alle Schwangerschaften vom gleichen Ehemann. Patientin wurde sofort gravid. Sie war damals beruflich tätig als Haushaltshilfin und mußte zeitweilig streng arbeiten. Nach 7 Wochen spontane Blutungen, Abort. Es mußte eine Curettage vorgenommen werden. Patientin gibt an, bei dieser Schwangerschaft keinerlei Veränderungen an den Brüsten wahrgenommen zu haben, hingegen eine ausgesprochene Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, dauernde Übelkeit und Kopfschmerzen.

1942 zweite Gravidität. Letzte Periode Ende Juli. Weniger Übelkeit als bei der ersten Schwangerschaft. Nach 6 Wochen begannen beide Brüste plötzlich stark anzuschwellen, sie waren hart, etwas druckdolent, diffus verhärtet. Ende des 3. Schwangerschaftsmonats kam es zum Spontanabort. Patientin mußte sich wiederum curettieren lassen. Bald nach dem Ausstoßen der Frucht nahmen die Brüste wieder ab, nach 3 Wochen hatten sie normale Größe und Konsistenz erreicht.

1943 dritte Gravidität. Letzte Menses 12. Mai. Ende Mai begannen beide Brüste wieder größer zu werden, links etwas mehr als rechts. Anfangs Verhärtungen in einzelnen Drüsenpaketen, später aber gesamte Drüsenkörpervergrößerung. Seit Juni starke Rötung. Keine Sekretion. Beim Herumgehen ohne Hochbinden wurden die Brüste unten beidseits blau. Das Wachstum beidseits gleich rasch. Nach Angaben des behandelnden Hausarztes Größenzunahme des Brustumfanges bis 1 cm pro Tag. Trotz wiederholten Ovocyclininjektionen wachsen die Brüste weiter, so daß Patientin ins Kantonsspital Luzern eingewiesen wurde. Sie wurde mit allen erdenklichen Drüsenpräparaten behandelt, jedoch ohne Erfolg. Vom Kantonsspital Luzern wurde sie am 26. Juli 1943 ins Frauenspital Basel transferiert.

Eintrittsstatus:

156 cm große Patientin von 57,9 kg Körpergewicht. Sensorium frei. Psychisch unauffällig.

An Leib und Extremitäten mäßiges, gleichmäßig verteiltes Fettpolster. Keine besonderen Haut- und Schleimhautpigmentierungen.

Kopf frei beweglich. Augenbewegungen und Reflexe normal. Kein Exophthalmus.

Zähne z. T. kariös. Zunge feucht, etwas belegt. Tonsillen und hintere Rachenwand reizlos.

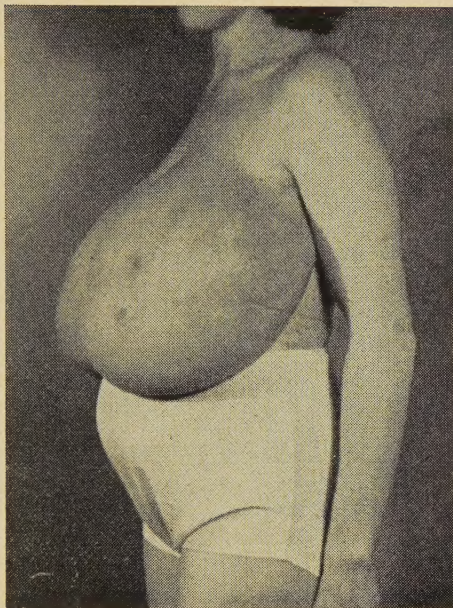
Halsumfang 34 cm, leicht diffus vergrößerte Thyreoidea.

Thorax symmetrisch. Lungen auskultatorisch und perkutorisch oB. Das Herz zeigt normale Dämpfungsfigur. Töne rein, keine Geräusche. Rhythmus regelmäßig. Puls synchron, aequalis. Blutdruck 120/65.

Abdomen und Extremitäten ohne pathologischen Befund.

Normales Reflexbild.

Motilität und Sensibilität intakt.



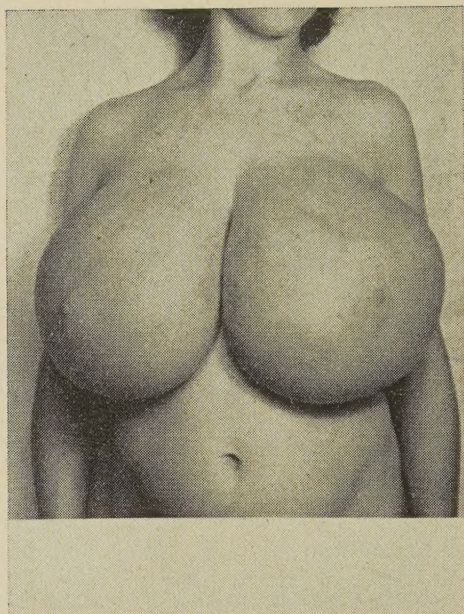
Genitalstatus:

Aeußeres Genitale normal. Leichter Livor der Scheidenhaut und Portio. Kein Fluor.

Uterus anteflektiert, entspricht der 8.—10. Woche der Gravidität, weich. Hegar positiv.

Lokalstatus:

Ausgesprochene Vergrößerung beider Brüste nach allen Richtungen. Die Haut ist gerötet, leicht bläulich verfärbt, deutliche Striae. An den Innenflächen und unten Oedembildung. Die Verfärbung hört ziemlich scharf an der Basis der Brustdrüsen auf. Sie fühlen sich mäßig gespannt, eher weich an. In der Tiefe hat man das Gefühl eines harten Drüsenkörpers. Colostrum läßt sich weder ausdrücken noch auspumpen.



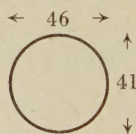
Maße:

Brustumfang über beiden Mamillen gemessen 112 cm.

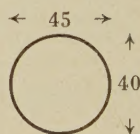
Umfang der rechten Brust 72 cm.

Umfang der linken Brust 76,5 cm.

Durchmesser: rechts



links



Die Brüste hängen herunter und drücken auf das Abdomen.

Weitere Untersuchungen:

Temperatur meist normal, zeitweise subfebril.

Puls schwankend zwischen 72 und 92.

Schädelaufnahme zeigt keine Veränderung der sella turcica.

Urin: Eiweiß und Zucker negativ. Im Sediment vereinzelte Leucocyten und Epithelien.

Blutbild: Hb. 69 %.

Erythrocyten 3.580.000

F.J.: 0,98

Leucocyten	6.900, davon	Neutrophile	71,5 %
		Stabkernige	1 %
		Eosinophile	1,5 %
		Monocyten	3,5 %
		Lymphocyten	22 %
		Plasmazellen	0,5 %

Thrombocyten normal.

Form und Färbung der Zellen normal.

Blutsenkungsreaktion 12/30 mm, leicht beschleunigt,
entsprechend der Schwangerschaft.

Wassermann, Citochol, Kahn negativ.

Blutzucker 84 mg %.

Diazo direkt: negativ. Serumbilirubin normal.

Stickstoffwerte im Blutserum normal.

Hormonale Untersuchung: Gonadotropes Hormon im Urin normal. Aschheim-Zondeck-Reaktion positiv = 250 ME gonadotropes Hormon pro Liter Urin. Reaktion auf 5.000 ME negativ. Diese Werte sind für den 3.—4. Schwangerschaftsmonat eher niedrig.

Oestrogene Stoffe im Urin ebenfalls der Schwangerschaft entsprechend.

Grundumsatz: + 21 %.

Therapie und Verlauf:

Da die Ursache der beschriebenen Mamma-Hypertrophie nicht sicher erfaßbar war, hat man eine hormonale Störung hypophysärer Natur unter Mitbeteiligung der Thyreoidea angenommen. Als Zeichen gestörter Schilddrüsenfunktion war einzig der Grundumsatz erhöht.

In der Annahme einer Hyperfunktion des Hypophysenvorderlappens wurde der Patientin vom 2.—9. August 1943 täglich 2 mal 25 mgr Perandren injiziert.

Man wollte versuchen, die Funktion des Hypophysen-Vorderlappens zu bremsen. Follikelhormon wurde nicht versucht, um eine noch stärkere direkte Wirkung auf die Mammae zu vermeiden. Seit dieser Medikation haben die Mammae an Größe nicht mehr zugenommen, eine Abnahme war aber nicht zu verzeichnen. Dabei ging man beinahe an die obere Grenze von androgenem Hormon, das einer Frau ohne vermännlichende Wirkung verabreicht werden kann.

In Anbetracht der schweren endokrinen Störung, die sicher durch die bestehende Schwangerschaft bewirkt wurde, und da die Gefahr einer dauernden schweren Gesundheitsschädigung bestand, wurde die Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen, nachdem die in § 120 des St. G. B. festgelegten Bedingungen (Begutachtung durch einen hierfür bezeichneten Arzt) zur Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen gegeben waren. Nach der Schwangerschaftsunterbrechung ging die Mammahypertrophie allmählich zurück. Nach ca. 5 Monaten hatten die Mammae die normale Größe erreicht.

Da Patientin ein großes Verlangen nach Kindern hatte, entschloß sie sich 1945 die ihr vorgeschlagene Mamma-Amputation vornehmen zu lassen, um bei erneuter Schwangerschaft einer Hypertrophie vorzubeugen. Die Schwangerschaftsunterbrechung wurde vorgängig der Mamma-Amputation ausgeführt, da die Amputation für die bestehende Schwangerschaft ein zu schwerer Eingriff gewesen wäre und Komplikationen zu befürchten waren.

Zwischen-Anamnese:

Einige Tage vor Eintritt jeder Menses werden die Brüste größer und schmerzen etwas. Zugleich traten Verhärtungen in beiden Brüsten auf. Größenzunahme, Schmerzen und Verhärtungen gehen während der Menses wieder zurück.

Mamma-Amputation

Am 19. Januar 1945 wurde die linke Mamma amputiert.

Histologische Diagnose: Fibrosis mammae mit leichter Mastopathia cystica (Makrothelie).

Mikroskopischer Befund: Starke Bindegewebswucherung, zum Teil finden sich auch adenomatöse Sprossungen. Drüsengewebe nicht sehr kräftig entwickelt. Auffallend ist nur die starke Wucherung von Bindegewebe und das fast fehlende Fettgewebe als Stützsubstanz. Einzelne Drüsengänge sind leicht cystisch umgewandelt. Man kann hier in den Schnittpräparaten z. T. von einer gewissen Atrophie der Drüsenläppchen sprechen, gleichzeitig aber eine diffuse, starke fibröse Umänderung des Zwischengewebes nachweisen.

In der Folge erhielt Patientin täglich 25 mg Perandren bis zu einer Gesamtdosis von 500 mg. Man wollte so den Effekt des Perandrens auf die rechte Mamma histologisch feststellen.

Am 11. Februar 1945 wurde die rechte Mamma amputiert.

Histologische Diagnose: Makrothelie bei ausgesprochener Fibrosis mammae.

Mikroskopischer Befund: Wiederum liegt eine starke fibröse Reaktion vor, indem der ganze Drüsenkörper weitgehend in fibröses, oft kelloidartiges Gewebe umgewandelt worden ist. Es ist hier auffallend wenig Drüsengewebe vorhanden. Manchmal finden sich Drüsenläppchen, die auffallen durch ihr eher niedriges Epithel. Seltener sind auch cystisch umgeänderte Ausführungsgänge feststellbar. Man hat den Eindruck, daß Hormonwirkung weniger auf die eigentlichen Drüsenkörper als vorwiegend auf das Stützgewebe annehmbar ist. Besonders bei Fettfärbung tritt das deutlich in Erscheinung, indem hier kaum Fettgewebe gefunden wird und indem das Epithel nur sehr wenig Lipoidtropfen gespeichert hat.

Verlauf bis 1951

1946 wurde Patientin erneut gravid. Von Anfang der Schwangerschaft an entwickelten sich wieder kleine «Brüste» (ohne Mamillen), die bis Ende der Schwangerschaft eine beinahe normale Größe erreichten. Nach der normal verlaufenen Geburt bildeten sich die «Brüste» innert einigen Wochen wieder etwas zurück. Durch die mächtige Vergrößerung der Mammae vor der Amputation sind offenbar Drüsenteile weit in die Umgebung subcutan verlagert worden und haben bei der Amputation nicht erfaßt werden können.

1947 erneute Schwangerschaft. Auch diesmal wurden die «Brüste» etwas größer, um nach der Geburt wieder zurückzugehen.

Ende 1950 ist der Allgemeinzustand der Patientin gut. Der Brustumfang beträgt 81 cm. Die «Brüste» sind klein. Einige Tage vor Eintritt jeder Menses bestehen geringe Schmerzen in der Brustregion, besonders links, die bei Blutungsbeginn wieder nachlassen.

Kasuistik aus der Literatur

- 1835 Von Hunter Lane wird in Schmidt's Jahrbücher (1) eine Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft beschrieben. Leider ist der Fall nicht weiter ausgeführt. Es dürfte sich um die älteste in der Literatur erwähnte Mamma-Hypertrophie handeln.
- 1857 beschreibt Esterle (2) einen Fall von Mamma-Hypertrophie bei einer 20jährigen Schwangeren. Die Hypertrophie ging nach der Geburt nach massivem Milcheinschuß allmählich zurück.
- 1873 Billroth (3) schildert in seiner Abhandlung über die Krankheiten der Brustdrüsen den Fall einer Mamma-Hypertrophie bei einer 22jährigen Gravida. Seit drei Jahren nahmen die Brüste ohne Schwangerschaft stark zu. Während der jetzigen Schwangerschaft enorme Zunahme der Mammae. Abort im 5. Monat. Nach wenigen Tagen Erysipel-Exitus. Die Sektion ergab z. T. eine echte Hypertrophie, z. T. ein Mammafibrom.
- 1891 Schüssler (4): bei einer Primipara auffällige Zunahme der Brüste gleich nach Beginn der Schwangerschaft, besonders links, starkes Wachstum bis mens. VI, dann keine Größenzunahme mehr. Patientin magerte stark ab und litt dauernd an Asthma infolge des Gewichtes der Brüste. Nach der Geburt allmähliche Abnahme der Mammae bis zur normalen Größe.
- 1894 Herczel (5): Mamma-Hypertrophie bei einer 29jährigen Primipara. Beginn der Hypertrophie im 2. Monat. Nach 6 Wochen hatten die Brüste eine solche Größe erreicht, daß sie bis zur Symphyse herabreichten, bei sitzender Stellung die Oberschenkel berührten. Der weitere Verlauf wird leider nicht geschildert.
- 1901 Forges (6): Bei einer 18jährigen Schwangeren nahmen die Brüste in den ersten 2 Monaten enorm zu. Infolge zunehmender Kachexie mußten die Mammae amputiert werden. Gewicht zusammen 12 kg.
- Grasmück (7): 18jährige Erstgebärende. Die Frau hatte vor der Schwangerschaft normale Brüste. Vom zweiten Schwangerschaftsmonat an nahmen die Mammae an Größe kontinuier-

lich zu. Schmerzen hatte sie keine, litt aber dauernd an Atembeschwerden infolge des großen Gewichtes. 10 Tage nach der normalen Geburt Abnahme der Brüste. Nach 1 Monat wieder normale Größe.

Zarukow (8) beschreibt 2 Fälle:

1. 22jährige II-para. Vor und während der ersten Schwangerschaft normale Brustform. Im 5. Monat der zweiten Schwangerschaft bemerkte Patientin, daß ihre Brüste allmählich größer wurden. Im 6½. Monat starke Schmerzen in den Mammae, so daß Patientin ihre Arbeit als Handschuhnäherin nicht mehr ausführen konnte. Unter Massage, Jodkalisalbe, Jod innerlich und beständiger Bandage verkleinerten sich die Brüste allmählich. Am Ende der Schwangerschaft hatten sie wieder normale Größe erreicht.

2. 36jährige IX-para. Während den ersten 8 Schwangerschaften waren die Brüste von normaler Größe. Bei der bestehenden Schwangerschaft begannen die Mammae im 2. Monat allmählich größer zu werden, ständiges Wachstum bis zum 6. Monat. Seither blieb die Größe konstant.

- 1903 Englaender (9): Diffuse einseitige Hypertrophie der Brustdrüse bei einer 33jährigen II-para. Schon in der Kindheit wurde ein großer Unterschied zu Gunsten der rechten Mamma bemerkt, aber erst während der zweiten Schwangerschaft trat ein ekzessives Größenwachstum ein. Die rechte Brust hängt bis zum Nabel. — Der Verfasser ist der Ansicht, die diffuse Hypertrophie sei erblich. Auch dieser Fall ist nicht weiter ausgeführt.
- 1908 Wisshaupt (10): 28jährige Patientin. Vor der zweiten Schwangerschaft normale Brüste. Vom 5. Monat der zweiten Schwangerschaft an starkes Wachstum der Mammae. Die Frau wird immer schwächer, so daß sie im 7. Monat das Bett nicht mehr verlassen kann. Nach der künstlich eingeleiteten Frühgeburt werden die Brüste wieder kleiner. Bei der dritten Schwangerschaft wiederum starke Vergrößerung beider Mammae. Diese hängen bis zum Nabel herunter. Sie mußten amputiert werden. Gewicht rechts: 5700 g, links 6500 g.
- 1913 Freund (11) demonstriert an der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin einen Fall von Mamma-Hypertrophie.

Patientin hatte während den ersten 4 Schwangerschaften normale Brustform. Während der 5. Schwangerschaft starkes Wachstum, so daß Patientin vom 7. Monat an nicht mehr arbeiten konnte. Bis zur Geburt erreichten die Brüste einen Umfang von 63 bzw. 64 cm und ein Gewicht von $5\frac{1}{2}$ bzw. $6\frac{1}{2}$ Pfund. Bei längerer Bettruhe, Karlsbadersalz und magerer Kost ging die Hypertrophie so bedeutend zurück, daß von einem operativen Eingriff abgesehen werden konnte.

- 1917 Köhler (12) stellte anläßlich einer Sitzung der geburtshilflich-gynaekologischen Gesellschaft Wien eine 26jährige VII-gravida im 7. Schwangerschaftsmonat vor. Die Brüste sind enorm vergrößert. Das Wachstum begann auffallenderweise erst am Ende des 6. Monats und entwickelte sich innert 2 Wochen.

- 1920 Köhler (13) erwähnt kurz einen Fall von Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft. Erst 6 Wochen nach der Geburt begann die Rückbildung. Ob es sich um den von Köhler 1917 angeführten Fall handelt ist unklar.

- 1924 FitzWilliams (14): Parenchymatous hypertrophy of the breast. 27jährige Erstgebärende. Sie hatte schon als Mädchen sehr große Brüste. 1918 wurde sie an der rechten Brust wegen eines Adenoms operiert. — Im zweiten Monat der Gravidität waren beide Brüste schon außerordentlich hypertrophiert, die linke noch mehr als die rechte. Röntgenbestrahlung zeigte nur geringen Erfolg. Die Brüste wuchsen weiter. Nach Spontanabort im 5. Monat gingen die Brüste rasch zurück.

- 1926 Ammerich (15): Contributo allo studio dell'ipertrofia mammaria gravidica. 30jährige IV-para. Während den ersten 3 Schwangerschaften normal große Brustform. In der 7. Schwangerschaftswoche der 4. Schwangerschaft leichte vaginale Blutung. Darauf plötzlich rasche Vergrößerung der Mammæ, so daß Ende des 3. Monats die Schwangerschaft unterbrochen werden mußte. Der Thorax-Umfang über den Mamillen betrug 122 cm. Innerhalb von 7 Wochen vollständige Rückbildung.

- 1930 Vorow et Bausillon (16): Hypertrophie mammaire considerable chez une femme enceinte de trois mois et demi. Kurzer Bericht mit Photographie über eine einseitige Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft bei einer 24jährigen I-gravida. Endokrine Störungen sollen nicht bestanden haben. Menarche mit 14 Jahren, Menses immer regelmäßige. 14 Tage, nachdem

die Menses ausgeblieben, begann die rechte Mamma zu wachsen und hatte nach 6 Wochen eine beträchtliche Größe erreicht. Umfang 66 cm, Gewicht 6000 g. Durch Organotherapie wurde ein Stillstand des Wachstums erreicht. Patientin soll weiter beobachtet werden.

- 1936 Titone (17) schildert einen ungewöhnlichen Verlauf eines Fibroadenoms der Mamma während der Schwangerschaft. Ein seit 4 Jahren nur wenig wachsender Tumor der rechten Mamma bei einer 22jährigen Frau zeigte seit Beginn der Schwangerschaft ein starkes Wachstum und war im 3. Monat bereits auf Kindskopfgröße angewachsen. Er wurde exstirpiert. Histologisch ergab sich das Bild eines Adenofibroms mit deutlicher Schwangerschaftshypertrophie. Das Wachstum erfolgte offenbar unter hormonalen Einflüssen.
- 1939 Lantuéjoul (18) berichtet über einen Fall einer 26jährigen Erstgebärenden. Die Brüste wurden vom Ende des 4. Schwangerschaftsmonats an immer größer. Der Umfang einer Brust betrug im 6. Monat 56 cm. Nach Einspritzungen von 3×5 mg Testosteronpropionat nahm die Spannung der Haut ab und nach weiteren 5 Injektionen verkleinerten sich die Brüste, wenn auch nur in geringem Maße. Sie mußten später trotzdem amputiert werden, vor oder nach der Entbindung wird nicht mitgeteilt.
- 1940 Amabite (19): «In 4 Schwangerschaften wiederkehrende Vergrößerung der linken Mamma und der linken Schilddrüse.» Bei einer Frau tritt im Verlauf von 4 Schwangerschaften regelmäßig eine Vergrößerung der linken Mamma und der linken Schilddrüse auf, für die eine Erklärung nicht ersichtlich ist. Progynon B führte zur weiteren Vergrößerung der Mamma, Proluton machte keine Veränderung des Zustandes, auf Elytiran ging die Schwellung leicht zurück, Pilokarpin zeigte keinen Effekt, dagegen ging die Schwellung auf Testoviron leicht zurück.
- 1941 Kickelhayn (20): «Zum Krankheitsbild der echten diffusen Mamma-Hypertrophie.» Das seltene Krankheitsbild entwickelt sich vorzugsweise im Pubertätsalter und in der Schwangerschaft. Die unabhängig von der Schwangerschaft auftretende Mamma-Hypertrophie spricht auf hormonale Behandlung nicht an, hier wird die Absetzung der Mammae empfohlen. Schwangerschaftshypertrophien neigen eher zu Rückbildungen.

Aetiologie

In der Literatur lassen sich folgende aetiologische Angaben finden:

Hunter (1) nimmt als Ursache der Mamma-Hypertrophie eine fortdauernde Reizung der Geschlechtsteile durch Onanie oder unvollkommene Entwicklung derselben an. Ferner anhaltende Reizung der Brüste. Daneben aber auch Amenorrhoe, seltener zu starke Menses.

Williams (14) findet die Ursache dieser seltenen Affektion dunkel. Beginnende Pubertät und Schwangerschaft lösen sie aus. Es wird eine hormonale Ueberproduktion eines zum Genitale gehörenden Organs angenommen.

Nach Halter (21) tritt die Hypertrophie meist mit der Menarche oder der Schwangerschaft auf. Sie beruht auf Störungen des hormonalen Haushaltes. Durch innersekretorische Einflüsse allein aber kann die Erkrankung nicht erklärt werden. Es muß noch eine lokale Drüsengewebsdisposition angenommen werden.

Novak (21) macht nebstdem noch einen innersekretorischen Reiz der Ovarien verantwortlich. Beweisend sei der Umstand, daß nach Unterbrechung der Schwangerschaft die Hypertrophie zurückgehe.

Winckler (22) nimmt eine weitgehende Abhängigkeit des Brustwachstums von der inneren Sekretion an. Die Mamma-Hypertrophie entsteht entweder durch verstärkte Hormonwirkung oder durch ekzessive Reaktion des besonders disponierten Brustdrüsengewebes auf den normalen hormonalen Impuls. Die Produktion von Follikel- und Gelbkörperhormon ist erhöht.

Titone (17) schreibt das Wachstum eines Fibroadenoms in der Schwangerschaft hormonalen Einflüssen zu.

Kickelhayn (20) findet die Aetiologie sei noch sehr unklar. Auf Grund klinischer und histologischer Gesichtspunkte beurteilt er die Annahme einer hormonalen Genese durch vermehrte Ausschüttung von Follikelhormon skeptisch.

Die Aetiologie der Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft konnte bis heute nicht restlos geklärt werden. Mit Sicherheit handelt es sich um eine endokrine Störung, wahrscheinlich komplexer Natur. Wesentlich dabei ist aber sicher eine besondere Disposition des Brustdrüsengewebes zu ekzessivem Wachstum.

Therapie

1. Hormone: Donati (23) schlug einen Versuch mit Mamma-Extrakt vor. Englaender (9) versuchte Mamma sicca Merck. Köhler (12) schlug Injektion von Hypophysenextrakten vor. Amabite (19) berichtet über leichten Rückgang mit Testoviron. Der oben beschriebene Fall wurde mit Perandren behandelt.

2. Diuretica: In der Literatur finden sich keine Angaben darüber. Es wäre jedoch anzunehmen, daß durch die Entwässerung ein Rückgang der Hypertrophie eintreten würde, was aber sicher nur begrenzt möglich wäre.

3. Amputation: Englaender (9) schlägt bei Versagen anderer Therapien die Mamma-Amputation vor. Der gleichen Ansicht sind Piering (24), Köhler (13), Winckler (22), Williams (14) und Kickelhayn (20).

Bei dem von Piering (24) erwähnten Fall wurde die Amputation während der Schwangerschaft vorgenommen, da Patientin an rapider Abnahme der Körperkräfte litt.

Die übrigen oben erwähnten Autoren schlagen lediglich die Amputation als Therapie vor, sprechen sich aber nicht aus, ob die Amputation während oder nach der Schwangerschaft vorgenommen werden soll.

4. Interruptio: Herczel (5) befürwortet bei zu starkem Mamma-Wachstum die Unterbrechung. Piering (24) leitete in der 2. Schwangerschaft wegen starkem Wachstum der Brüste die künstliche Frühgeburt ein und erst bei der 3. Schwangerschaft führte er die Amputation aus. Ammerich (15) mußte im 3. Monat bei einer IV-para unterbrechen. Auch in unserem Fall mußte nach 2 Spontanaborten die 3. Gravidität unterbrochen werden.

5. Andere vorgeschlagene Behandlungsmethoden: Grasmück (7), Zarukow (8) und Englaender (9) schlugen Jodkalisalbe und Jodkali per os vor. Zarukow sah dabei Erfolg, verbunden mit Massage. Köhler (12) machte Dunstumschläge und legte ein Suspensorium Mammae an. Williams (14) versuchte Röntgenbestrahlung, jedoch ohne merklichen Erfolg.

Zusammenfassung

Die Mamma-Hypertrophie in der Schwangerschaft tritt meistens doppelseitig auf, doch sind auch einseitige Fälle beschrieben. Erst- und Mehrgravide werden in gleicher Weise befallen. Die Hypertrophie kann nur auf einzelne Schwangerschaften beschränkt bleiben, meist tritt sie aber bei späteren Graviditäten wieder auf. Der Beginn der Hypertrophie ist wechselnd: bald wachsen die Brüste schon nach der Konzeption, bald erst in der 2. Hälfte der Gravidität. Oder sie wachsen nur in der 1. Hälfte der Schwangerschaft, um nachher konstant zu bleiben. Eine spontane Abnahme von hypertrophierten Mammae während der Schwangerschaft ist nicht beschrieben. Ueber das Geschlecht der Kinder bei hypertrophierten Mammae finden sich keine Angaben.

Literaturverzeichnis

- 1 Hunter, Lane. Schmidt's Jahrbücher, 5, 1835.
- 2 Esterle. Ann. univers. med. Milano. 1857.
- 3 Billroth. Deutsche Chirurgie. 1880.
- 4 Schüssler. Archiv f. klin. Chirurgie. 1891.
- 5 Herczel. Zentralbl. f. Gynaekologie. 1894.
- 6 Forges. Wiener med. Wochenschrift, 8, 1901.
- 7 Grasmück. Zentralbl. f. Gynaekologie, 1, 1901.
- 8 Zarukow, Heseziel. Zentralbl. f. Gynaekologie, 21, 1901.
- 9 Englaender, B. Zentralbl. f. Gynaekologie, 13, 1903.
- 10 Wisshaupt. Prager med. Wochenschrift, 26, 1908.
- 11 Freund. Zentralbl. f. Gynaekologie, 37, 1913.
- 12 Köhler, R. Zentralbl. f. Gynaekologie, 41, 2. Teil, 1917.
- 13 Köhler, R. Zentralbl. f. Gynaekologie, 44, 1920.
- 14 Williams, Fitz. Lancet, 205, 1924.
- 15 Ammerich. Riv. ital. di ginecol., 4, 1926.
- 16 Vorow et Bausillon. Med. Ztschr. Ber. 1930.
- 17 Titone, M. Riv. ital. di ginecol., H. 4, 1936.
- 18 Lantuéjoul. Zentralbl. f. Gynaekologie, 65, 1941.
- 19 Amabite, G. Clin. ostet. H. 4, 1940.
- 20 Kickelhayn, R. Münchner med. Wochenschr., 88, 1941.
- 21 Halter, G. Zentralbl. f. Gynaekologie, 54, 1930.
- 22 Winckler, H. Med. Ztschr. Ber. 1936.
- 23 Donati. Zentralbl. f. Gynaekologie, 1900.
- 24 Piering. Prager med. Wochenschr., 26, 1908.

Herrn Prof. Dr. Th. Koller, Direktor des Frauenspitals
Basel, spreche ich meinen Dank aus für seine gütige Unterstützung.
Herrn P. D. Dr. Wenner danke ich für die Ueberlassung des
Themas, für seine tatkräftige Unterstützung und für seine guten
Ratschläge bei der Abfassung des Textes.

